

Ensayo aleatorio de terapia de reminiscencia individual para adultos mayores con deterioro cognitivo: un análisis de respuesta de tres meses

Susana I. Justo-Henriques, Janessa O. Carvalho, Enrique Pérez-Sáez, Hugo Neves, Vitor Parola, João L. Alves-Apóstolo

Introducción. La terapia de reminiscencia individual (iTR) ha demostrado mejorar la cognición, el estado de ánimo y la calidad de vida (CdV) de personas con trastornos neurocognitivos (TNC).

Objetivo. Se exploraron los predictores de la respuesta positiva a la iTR utilizando el análisis de respuesta, una estrategia analítica de los factores que contribuyen a una respuesta a la intervención.

Pacientes y métodos. Reanálisis de un ensayo controlado aleatorizado de 251 adultos mayores portugueses con TNC. Los participantes recibieron dos sesiones de iTR durante 13 semanas (26 sesiones) o el tratamiento habitual. Las variables analizadas fueron la cognición global (*Minimal State Examination*), la memoria (test de alteración de la memoria), el funcionamiento ejecutivo –batería de evaluación frontal (FAB)–, los síntomas depresivos –escala de depresión geriátrica-15 (GDS-15)– y la CdV –escala de calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer (QOL-AD)–.

Resultados. Hubo más respondedores en el grupo de intervención que en el de control en los cinco criterios, con diferencias significativas para cognición ($p = 0,001$; $\phi = 0,202$; número necesario para tratar = 5) y memoria ($p = 0,004$; $\phi = 0,184$; número necesario para tratar = 6). En la línea de base, los respondedores tenían: puntuaciones más altas de QOL-AD (30,23 frente a 25,57; $p < 0,001$; $d = -0,774$) para la cognición; puntuaciones FAB más bajas (1,41 frente a -2,12; $p < 0,001$; $d = 0,928$) para el funcionamiento ejecutivo; y mayores puntuaciones en la GDS-15 para los síntomas depresivos (7,57 frente a 4,91; $p < 0,001$; $d = -0,845$) y para la CdV (6,81 frente a 5,33; $p = 0,013$; $d = -0,443$).

Conclusiones. La iTR mostró altas tasas de respuesta para la cognición y la memoria. Los que tienen peor función ejecutiva, estado de ánimo y CdV se beneficiaron más de la intervención para esas respectivas variables. La iTR tiene efectos beneficiosos en los TNC, con el estado de ánimo y la CdV como factores influyentes.

Palabras clave. Calidad de vida. Demencia. Depresión. Función ejecutiva. Memoria. Trastornos neurocognitivos.

Introducción

Se estima que los trastornos neurocognitivos (TNC) afectan a unos 50 millones de personas en todo el mundo y se espera que aumenten a 150 millones en 2050 [1]. Los TNC en los adultos mayores pueden tener diversas etiologías neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la demencia frontotemporal y la demencia con cuerpos de Lewy, entre otras [2]. El TNC mayor se define por la evidencia de un deterioro cognitivo significativo en comparación con un nivel previo de rendimiento individual en uno o más dominios cognitivos, con interferencia en la capacidad de realizar actividades de la vida diaria [2].

Las opciones de tratamiento para la mayoría de los TNC son limitadas. Por ejemplo, en la enfermedad de Alzheimer, las opciones farmacológicas habituales tienen una eficacia limitada [3-5], son cos-

tosas y pueden presentar efectos secundarios indeseables. La eficacia limitada de los tratamientos farmacológicos actuales ha generado un interés por las intervenciones no farmacológicas que no pretenden modificar los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, sino tratar los síntomas e, idealmente, mejorar la calidad de vida (CdV) de las personas que viven con un TNC [6].

La estimulación cognitiva es una intervención típicamente diseñada para adultos mayores con TNC que busca proporcionar un entorno enriquecedor y atractivo para mejorar el funcionamiento cognitivo y social y la CdV [7,8]. La estimulación cognitiva es una terapia recomendada por el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica para los pacientes con TNC [9].

La terapia de reminiscencia, una intervención basada en la estimulación cognitiva, implica la discusión de actividades, eventos y experiencias pasa-

Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), Nursing School of Coimbra (EEnfC). Coimbra (S.I. Justo-Henriques, H. Neves, V. Parola, J.L. Alves Apóstolo). Polytechnic Institute of Beja, Beja, Portugal (S.I. Justo-Henriques). Bridgewater State University, Bridgewater, MA, EE. UU. (J.O. Carvalho). Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias –Imsero. Salamanca, España (E. Pérez-Sáez)

Correspondencia:

Dra. Susana I. Justo Henriques. Replicar Socialform. Rua da Misericórdia, Quinta dos Coutos, Lote 4 Fr B. 3050-387 Mealhada, Portugal.

E-mail:

susana.justo.henriques@gmail.com

ORCID:

ID: 0000-0002-8872-4307 (Susana I. Justo-Henriques).
ID: 0000-0003-2948-9973 (Janessa O. Carvalho).
ID: 0000-0001-9658-3519 (Enrique Pérez-Sáez).
ID: 0000-0002-6843-6228 (Hugo Neves).
ID: 0000-0002-0050-5004 (Vitor Parola).
ID: 0000-0002-3050-4264 (João L. Alves Apóstolo).

Agradecimientos:

Los centros de investigación, los evaluadores y los terapeutas que participaron fueron: Aparsin (Marta Abreu, Natália Carralo); Assoc. Alzheimer Portugal (Bárbara Coutinho, Filipa Gomes, Joana Florêncio); Assoc. de Solidariedade Social de S. Tiago de Rebordões (Ana Rita Fernandes, Maria João Azevedo); Cediara (Ana Elisa Castro, Ana Rita Teixeira); Centro Social de Tolosa (Ana Salomé Jesus, Paulo Parracho); Centro Social Paroquial de Dornelas (Ana Cristina Santos, Cindy Santos); Centro Social Paroquial de Recarei (Ana Isa Sousa, Ana Soraia Mendes); Centro Social Vale do

Homem (Alberta Duarte, Sandra Cerqueira); Centro Zulmira Pereira Simões (Angelina Senra, Débora Fernandes); Delicate Age (Ana Luísa Vicente, Rita Marranita); Irmãs Hospitaleiras (Cátia Gameiro, Marta Dábrio, Sofia Rosado); Lar D. Pedro V (Carmen Gonçalves, Salomé Vasconcelos); Pesqueiramiça (Elsa Matias, Sara Pires); Primavida (Inês Rebelo, Sónia Carvalho); Replicar Socialform (Joana Ribeiro, Rui Maia); Misericórdia de Alcobaca (Ivone António, Tânia Miguel); Misericórdia de Almada (Ana Cristina Coelho, Sónia Andrade); Misericórdia de Castelo Branco (Sofia Fernandes, Vítor Reis); Misericórdia de Coruche (Ana Ferreira, Rita Filipe); Misericórdia de Melgaço (Alexandrina Rodrigues, Diana Domingues); Misericórdia de Ovar (Daniela Martins, Mária Barbosa); Misericórdia de Vila Velha de Ródão (Marta Pinto, Patrícia Cesário); Misericórdia de Vila Verde (Branca Pimentel, Patrícia Ferreira); Misericórdia de Vouzela (Daniela Tojal, Rui Dionísio); Misericórdia do Alvor (Maria Solange Santos, Sílvia Lopes).

Apoio técnico y científico:
Alzheimer Portugal, CREA - Centro de Referência Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias del Inmerso en Salamanca. *Comité de ética:* Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Aceptado tras revisión externa:
28.01.22.

Conflicto de intereses:
No declarado.

Comité de ética:
The Health Sciences Research Unit: Nursing, Nursing School of Coimbra (Portugal) (Número de código 599/06-2019)

Protocolo de ensayo:
Clinicaltrials.gov ID: NCT04047238; Multicentre Study About the Effect of Individual Reminiscence Therapy.

Cómo citar este artículo:
Justo-Henriques SI, Carvalho JO, Pérez-Sáez E, Neves H, Parola V, Alves-Apóstolo JL. Ensayo aleatorio de terapia de reminiscencia individual para adultos mayores con deterioro cognitivo: un análisis de respuesta de tres meses. *Rev Neurol* 2022; 74: 107-16. doi: 10.33588/rn.7404.2021322.

English version available at www.neurologia.com

© 2022 Revista de Neurología

das con el participante. Utiliza la discusión de eventos pasados y pistas del pasado, como fotografías, objetos o música, que buscan promover el recuerdo en los pacientes con TNC [10]. Dado que la terapia de reminiscencia se centra en los recuerdos y habilidades conservados, y puede ser individualizada, es una estrategia menos angustiada y atractiva que promueve la comunicación y permite a los participantes conectar con su pasado y recuperar su sentido de identidad personal [11,12]. Sus efectos han sido relativamente positivos en muestras con varios tipos de demencia. Woods et al mostraron efectos positivos de la terapia de reminiscencia en el funcionamiento cognitivo de personas con deterioro cognitivo [10]. González et al encontraron mejoras en los síntomas depresivos, la autoaceptación y las relaciones interpersonales [13]. La terapia de reminiscencia en adultos mayores con enfermedad de Alzheimer reveló mejoras en el funcionamiento cognitivo, la depresión y la CdV [14]. Los artículos de revisión han apoyado las mejoras en la CdV, el estado de ánimo y la cognición en la terapia de reminiscencia [15,16]. Entre los factores que pueden predecir o influir en la respuesta a una intervención cognitiva se encuentran el sexo femenino y el hecho de tener menos síntomas depresivos y un peor funcionamiento cognitivo [17].

Un reciente ensayo clínico aleatorizado que utilizó un protocolo de terapia de reminiscencia individual (iTR) detallado en otro lugar [18] encontró efectos positivos significativos en test de cribado cognitivo, la memoria y la CdV en una muestra mixta de personas con TNC de nacionalidad portuguesa después de 13 semanas en comparación con los que no recibieron la iTR [19]. Del mismo modo, este protocolo ha mostrado efectos positivos en la memoria, el funcionamiento ejecutivo y la CdV en una muestra de pacientes con enfermedad de Alzheimer y demencia vascular, aunque los efectos no se extendieron a la reducción de los síntomas depresivos en esta muestra [20]. Utilizando la misma iTR, el presente estudio pretende explorar y comprender las características de los que respondieron y los que no respondieron positivamente a esta intervención.

El análisis de respondedores es una estrategia analítica para investigar la proporción y los datos demográficos de los participantes que demostraron una mejora en una intervención específica o un resultado medido, explorando los resultados que difieren entre los respondedores y los no respondedores. Esta técnica se ha utilizado para comparar e identificar a los respondedores al tratamiento en una terapia cognitiva y conductual en adultos mayo-

res, en la que las puntuaciones iniciales más altas de la vida diaria y el mejor funcionamiento conductual y psicológico se asociaron con una mayor respuesta al tratamiento [21]. Utilizamos el análisis de respondedores en nuestra muestra de intervención de ensayo aleatorio mixto de TNC para comprender mejor los factores que predicen la respuesta y caracterizan a los respondedores frente a los no respondedores en nuestro protocolo de estimulación cognitiva basado en la iTR antes mencionado.

Pacientes y métodos

Presentamos un reanálisis de un estudio previamente publicado sobre un ensayo clínico de iTR para personas con TNC (clinicaltrials.gov ID: NCT04047238), un ensayo controlado multicéntrico, ciego simple, aleatorizado, paralelo con dos brazos (iTR frente a tratamiento habitual, proporción 1:1). Los participantes del grupo de intervención (GI) recibieron dos sesiones semanales de terapia de reminiscencia de 50 minutos durante 13 semanas, además del tratamiento habitual. Los participantes del grupo de control (GC) sólo recibieron su tratamiento habitual. Los participantes fueron informados de que la participación en el estudio era voluntaria y fueron evaluados al inicio (T0) y después de la intervención de la terapia de reminiscencia (T1).

Se hizo una invitación pública a las instituciones de asistencia social de Portugal para que participaran, con 24 instituciones que aceptaron colaborar. Las instituciones, a su vez, invitaron a sus usuarios a participar, con lo que 271 participantes completaron la evaluación de elegibilidad. Se seleccionó a un total de 251 participantes para el ensayo clínico aleatorizado: 131 participantes en el GI y 120 participantes en el GC (proporción 1:1), lo que fue suficiente para los fines de este estudio. Ningún participante interrumpió su participación en el transcurso del estudio.

Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico de una TNC según los criterios del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición*; completar y firmar el formulario de consentimiento informado; tener capacidad de comunicación y comprensión; tener la posibilidad de recabar información sobre la historia de vida del participante a través de sus familiares o cuidadores habituales, utilizando el cuestionario sociofamiliar diseñado para tal fin; tener 65 años o más; ser hablante nativo de portugués; y asistir regularmente a una institución que preste servicios de atención y apoyo social a los adultos mayores.

Los criterios de exclusión fueron: padecer una enfermedad aguda o grave que impidiera la participación en las sesiones de intervención; limitaciones sensoriales y físicas graves que impidieran la participación; desconexión grave del entorno y capacidad de atención mínima; presencia de síntomas neuropsiquiátricos graves (por ejemplo, hiperactividad, psicosis, síntomas depresivos y de ansiedad graves), apatía o delirio incontrolado que impidieran la participación en las sesiones; historia de vida traumática o marcada por eventos adversos que desaconsejaran la participación en las sesiones de terapia de reminiscencia; e historia de reacciones adversas durante las sesiones de terapia de reminiscencia o actividades similares.

Se inscribieron los participantes que cumplían los criterios de inclusión, se completaron las evaluaciones de referencia y se asignaron aleatoriamente al GC o al de GI. Al ser un estudio multicéntrico, cada institución tenía dos grupos: el GI y un GC, con una proporción de 1:1. Se llevó a cabo un proceso de aleatorización en bloques permutados no estratificados (con un tamaño de bloque variable) utilizando el *software* DatInf® RandList por uno de los investigadores principales del estudio, ciego a las puntuaciones de referencia y a los datos demográficos de los participantes. Los participantes de cada institución oscilaban entre 4 y 20. Los participantes, los terapeutas y el personal de la institución no conocían la asignación al grupo hasta que comenzó la intervención. Los evaluadores permanecieron ciegos durante todo el estudio. Los investigadores responsables de la comunicación con las instituciones realizaron la inscripción.

El protocolo de la estimulación cognitiva basado en la iTR se detalla específicamente en el protocolo de intervención [18]. Cada sesión tenía una duración de 50 minutos: los primeros siete minutos eran de bienvenida y de orientación, utilizando un tablero de orientación, y se pedía al participante que rellenara el cuadro con los elementos relacionados con los elementos temporales, el cuándo y el dónde (por ejemplo, el día de la semana, el mes, el día del mes, el año, la estación, la época del año, el tiempo); los siguientes 40 minutos se dedicaban a la actividad principal de terapia de reminiscencia basada en las actividades y los objetivos establecidos para cada sesión, utilizando principalmente tarjetas de imágenes e historias del *Libro del pasado y el presente* [22] y algún material complementario (por ejemplo, hojas de trabajo, archivos de audio, presentaciones digitales); los últimos tres minutos incluían la revisión de las dificultades, intereses y beneficios de la sesión, y un recordatorio de la si-

guiente sesión. El libro de actividades incluía actividades y tarjetas con imágenes, divididas en nueve temas de terapia de reminiscencia (por ejemplo, medios de transporte, electrodomésticos, vivienda, medios de comunicación, profesiones, ropa, actores y presentadores de televisión, política, referencias regionales y locales). Las tarjetas de las referencias regionales/locales fueron personalizadas por el terapeuta de la institución en función de la región en la que se encontraba. Otros materiales incluían música, adivinanzas y hojas de trabajo temáticas [18]. No hubo daños ni efectos no deseados en ninguno de los grupos.

Todas las sesiones de iTR se llevaron a cabo en cada institución y las realizaron 26 terapeutas (psicólogos, terapeutas ocupacionales o gerontólogos) que recibieron una formación de seis horas sobre el protocolo y los principios de la terapia por parte de dos de los investigadores principales, facilitando la administración estandarizada. La intervención duró 13 semanas, desde septiembre de 2019 hasta diciembre de 2019.

Los participantes del GC no recibieron la intervención de iTR, sino que recibieron su tratamiento y programación típicos, que variaban según la institución, pero que incluían actividades de interacción social, estimulación de las habilidades personales y cualquier medicación específica para la demencia prescrita.

El protocolo fue administrado a todos los participantes (grupos de intervención y de control) por evaluadores capacitados que no conocían la asignación de los participantes. Los datos se recopilaron en la línea de base (T0) y 15 semanas después de la línea de base (evaluación final, T1). Las medidas de resultado fueron las que se describen a continuación.

El *Minimal State Examination* (MMSE) (alfa de Cronbach = 0,89) se utilizó para evaluar la función cognitiva global. Las puntuaciones van de 0 a 30, y las más altas indican un mejor funcionamiento cognitivo [23-25].

El test de alteración de la memoria (T@M) (alfa de Cronbach = 0,93) se utilizó para evaluar la función mnésica. Se trata de un instrumento fácil y rápido que evalúa cinco dominios de la memoria: orientación temporal, codificación, memoria semántica, recuerdo libre y recuerdo señalado. Las puntuaciones totales van de 0 a 50 y las puntuaciones más altas indican una mejor memoria [26,27].

La batería de evaluación frontal (FAB) (alfa de Cronbach = 0,83) se utilizó para evaluar la función ejecutiva mediante sus subpruebas: conceptualización, flexibilidad mental, programación motora, sensibilidad a la interferencia, control inhibitorio y

autonomía ambiental. Las puntuaciones van de 0 a 18 y las más altas indican un mejor funcionamiento ejecutivo [28,29].

La escala de depresión geriátrica-15 (GDS-15) (alfa de Cronbach = 0,83) se utilizó para evaluar el estado de ánimo. Se considera una herramienta fiable para detectar síntomas depresivos en adultos mayores, en un formato dicotómico (respuestas sí/no). Las puntuaciones van de 0 a 15 y las más altas indican síntomas depresivos más graves [30-32].

La escala de calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer (QOL-AD) (alfa de Cronbach = 0,87) evaluó la CdV. Esta escala de 13 ítems evalúa la CdV en personas diagnosticadas con demencia, recogiendo información del paciente sobre salud percibida, estado de ánimo, estado físico, relaciones interpersonales, aficiones, capacidad de tomar decisiones y vida en general. Las puntuaciones van de 13 a 52 y las más altas indican una mejor CdV [33,34].

Dado que se puede esperar un deterioro de tres puntos del MMSE por año en pacientes con demencia no tratados [35,36], se formaron tres grupos que reflejaban diferentes niveles de cambio en el MMSE: respondedores (mejora o no deterioro en tres meses), deterioradores esperados (deterioro ≤ 1 punto del MMSE en tres meses) y deterioradores pronunciados (deterioro > 1 punto del MMSE en tres meses). Además, se evaluaron cinco criterios de respuesta: a) cognición (puntuación del MMSE); b) función ejecutiva (puntuación de la FAB); c) memoria (puntuación del T@M); d) síntomas depresivos (puntuación de la GDS-15), y e) CdV (puntuación de la QOL-AD). Para los cinco criterios, la respuesta se definió como una mejora o la ausencia de deterioro según las directrices del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica [37].

Se realizaron pruebas de χ^2 para las variables categóricas y pruebas t para las variables continuas para determinar si los grupos eran homogéneos antes del tratamiento. Se calcularon las diferencias de grupo en cuanto al número de respondedores en el GI y en el GC mediante la prueba exacta de χ^2 /Fisher. Se calculó un análisis de ganancia neta para el MMSE, definido como (% respondedoresGI - % respondedoresGC - [% deterioradoresGI - % deterioradoresGC]). El número necesario para tratar para todos los criterios de respuesta se calculó según la siguiente fórmula: número necesario para tratar = $1/\text{reducción del riesgo absoluto}$.

Debido al tamaño de la muestra por grupo, y de acuerdo con el teorema del límite central, se utilizaron pruebas paramétricas cuando fue necesario [38]. Las diferencias entre respondedores y no res-

pondedores en el GI se calcularon mediante pruebas t para las variables continuas y la prueba exacta de χ^2 /Fisher para las variables categóricas. Se realizaron análisis de regresión logística binaria con las variables que diferían significativamente entre los respondedores y los no respondedores como predictores y la respuesta frente a la no respuesta como variable de resultado para todos los criterios de respuesta. Se utilizó el método Forward LR para desarrollar el modelo logit.

Se utilizó un valor de p de 0,05 para las pruebas de hipótesis. El análisis de los datos se realizó mediante IBM SPSS Statistics for Windows, versión 27.0 (Armonk, NY: IBM Corp). Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los sujetos o de sus representantes legalmente autorizados antes de la intervención. Los autores atestiguan que todos los procedimientos de este estudio cumplieron con las normas éticas de los comités nacionales e institucionales pertinentes sobre experimentación humana y con la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 2008. La Unidad de Investigación en Ciencias de la Salud: Enfermería de Coímbra aprobó todos los procedimientos en los que participaron sujetos/pacientes humanos, con el número de aprobación 599/06-2019.

Resultados

No se encontraron diferencias significativas entre el GI y el GC en cuanto a la edad, el sexo, el nivel educativo, el estado civil y el tipo de institución de asistencia social a la que acudían (Tabla I). En general, la mayoría de los individuos eran mujeres, mayores de 80 años y con un nivel educativo de entre tres y cuatro años. El diagnóstico clínico más presente en la muestra fue de probable enfermedad de Alzheimer, y la mayoría vivía en un centro de atención de larga duración. No hubo diferencias significativas entre el GI y el GC al inicio del estudio en cuanto a la cognición, la función ejecutiva, la memoria, los síntomas depresivos y la CdV.

El cambio medio en el MMSE con respecto a la línea de base para el GI fue una mejora (+1,34 puntos del MMSE), mientras que para el GC, la puntuación media del MMSE disminuyó ligeramente (-0,08) (Tabla II). Esta diferencia fue significativa ($t = -3,782$; $p < 0,001$; $d = -0,478$). La comparación del GI con el GC respecto al cambio cognitivo esperado (Tabla III) evidencia un porcentaje de respondedores significativamente mayor en el GI ($p = 0,001$; $\phi = 0,202$), y el porcentaje de deterioradores pronunciados es significativamente menor en el

mismo grupo ($p = 0,003$; $\phi = -0,191$). Los porcentajes de deterioradores esperados fueron muy similares entre ambos grupos ($p = 0,311$; $\phi = -0,064$). En general, el análisis de ganancia neta [(% respondedoresGI – % respondedoresGC) – (% deterioradoresGI – % deterioradoresGC)] evidenció una ventaja del 32,9% para el GI.

El porcentaje de respondedores fue mayor en el GI para todos los criterios de respuesta. Sin embargo, aparte de la cognición ($p = 0,001$; $\phi = 0,202$) y la memoria ($p = 0,004$; $\phi = 0,184$), ningún otro criterio de respuesta evidenció una diferencia significativa (Tabla IV). Las diferencias en los respondedores entre el GI y el GC oscilaron entre el 7 y el 18,6% (dependiendo del criterio), con un número necesario para tratar que osciló entre 5 (cognición) y 14 (función ejecutiva y síntomas depresivos).

Con la excepción del criterio de memoria, todos los criterios de respuesta tenían al menos una diferencia estadísticamente significativa entre los que respondían y los que no respondían en el GI ($p < 0,05$) (Tabla V). Según el criterio de cognición, los respondedores tenían puntuaciones de QOL-AD más altas (30,23 frente a 25,57 puntos) y, según el criterio de función ejecutiva, los respondedores eran mujeres con más frecuencia de lo esperado y tenían puntuaciones de la FAB más bajas al inicio (7,18 frente a 10,17 puntos). Según el criterio de los síntomas depresivos, los respondedores tenían puntuaciones más altas en la GDS-15 al inicio (7,57 frente a 4,91 puntos). En el contexto de la CdV, los respondedores tenían puntuaciones más altas en la GDS-15 al inicio (6,81 frente a 5,33 puntos) y puntuaciones más bajas en la QOL-AD al inicio (27,75 frente a 31,1 puntos).

Como no se encontraron diferencias significativas entre los que respondían y los que no respondían al criterio de memoria, sólo se realizaron regresiones logísticas binarias para los criterios de cognición, función ejecutiva, síntomas depresivos y CdV. Para cada criterio, una variable se ajustó a los modelos de regresión logística. La bondad del ajuste se analizó mediante la prueba de Hosmer-Lemeshow y todos los datos se ajustaron a los modelos de regresión logística binaria probados ($p > 0,05$). Según el criterio de cognición, sólo la puntuación de la QOL-AD al inicio del estudio entró en el modelo, lo que explica el 9,8% de la varianza, con una tasa de clasificación correcta del 77,9%. Un aumento de un punto en la puntuación de la QOL-AD al inicio del estudio representaba un aumento del 15,5% de posibilidades de pertenecer al grupo de respondedores. Basándose en el criterio de la función ejecutiva, sólo la puntuación de la FAB en

Tabla I. Caracterización sociodemográfica de la muestra.

		GC (n = 120) n (%)	GI (n = 131) n (%)	(χ^2) p
Sexo	Masculino	36 (30)	33 (25,2)	(0,727) 0,394
	Femenino	84 (70)	98 (74,8)	
Subtipo etiológico	Enfermedad de Alzheimer	41 (34,2)	45 (34,4)	(2,667) 0,615
	Demencia vascular	33 (27,5)	29 (22,1)	
	Degeneración frontotemporal	12 (10)	20 (15,3)	
	Enfermedad de Parkinson	13 (10,8)	11 (8,4)	
	No especificado	21 (17,5)	26 (19,8)	
Nivel educativo	Sin educación	24 (20)	22 (16,8)	(0,844) 0,974
	1-2 años	12 (10)	11 (8,4)	
	3-4 años	61 (50,8)	73 (55,7)	
	5-6 años	9 (7,5)	10 (7,6)	
	7-11 años	7 (5,8)	7 (5,3)	
	>11 años	7 (5,8)	8 (6,1)	
Tipo de institución	Centro residencial	83 (69,2)	88 (67,2)	(0,114) 0,735
	Centro de día/servicios de apoyo a domicilio	37 (30,8)	43 (32,8)	
		Media (DE)	Media (DE)	(t) p
Edad		82,94 (7,19)	82,58 (7,18)	(0,398) 0,362
MMSE		21,41 (3,51)	21,27 (3,73)	(0,292) 0,771
FAB		8,42 (3,09)	8,11 (3,5)	(0,722) 0,471
T@M		23,04 (9,18)	24,25 (9,72)	(-1,012) 0,313
GDS-15		6,28 (3,41)	6,15 (3,41)	(0,284) 0,777
QOL-AD		29,93 (5,9)	29,24 (6,3)	(0,891) 0,374

DE: desviación estándar; FAB: batería de evaluación frontal; GC: grupo de control; GDS-15: escala de depresión geriátrica-15; GI: grupo de intervención; MMSE: *Minimal State Examination*; QOL-AD: escala de calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer; T@M: test de alteración de memoria.

la línea de base entró en el modelo, lo que explica el 15,3% de la varianza, con una tasa de clasificación correcta del 69,5%. Un aumento de un punto en la puntuación FAB en la línea de base representó un aumento del 31,92% de posibilidades de pertenecer

Table II. Cambio medio y diferencias entre el GI y el GC para todos los criterios de respuesta.

	GC (n = 120) Media (DE)	GI (n = 131) Media (DE)	(t) p	d [IC 95%]
MMSE	-0,08 (3,38)	1,34 (2,53)	(-3,782) <0,001	-0,478 [-0,729;-0,226]
FAB	-0,26 (2,79)	0,31 (2,28)	(-1,762) 0,079	-0,223 [-0,471;0,026]
T@M	0,78 (6,59)	3,02 (6,28)	(-2,751) 0,006	-0,348 [-0,598;-0,098]
GDS-15	0,08 (2,87)	-0,26 (2,67)	(0,981) 0,328	0,124 [-0,124;0,372]
QOL-AD	-0,88 (4,46)	1,06 (4,87)	(-3,287) 0,001	-0,415 [-0,665;-0,165]

DE: desviación estándar; FAB: batería de evaluación frontal; GC: grupo de control; GDS-15: escala de depresión geriátrica-15; GI: grupo de intervención; IC 95%: intervalo de confianza al 95%; MMSE: *Minimal State Examination*; QOL-AD: escala de calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer; T@M: test de alteración de memoria.

Tabla III. Números de respondedores, deterioradores esperados y deterioradores pronunciados con respecto al MMSE.

	GC (n = 120)	GI (n = 131)	Delta del porcentaje de encuestados	p (prueba de χ^2 , prueba exacta de Fisher)	ϕ
Respondedores (mejora o ningún deterioro)	72 (60)	103 (78,6)	18,6	0,001	0,202
Deterioradores previstos (deterioro \leq 1 punto del MMSE)	19 (15,8)	15 (11,5)	4,3	0,311	-0,064
Deterioradores pronunciados (deterioro $>$ 1 punto del MMSE)	29 (24,2)	13 (9,9)	14,3	0,003	-0,191

GC: grupo de control; GI: grupo de intervención; MMSE: *Minimal State Examination*.

al grupo de no respondedores. En cuanto al criterio de síntomas depresivos, sólo la GDS-15 al inicio del estudio entró en el modelo, lo que explica el 14,9% de la varianza, con una tasa de clasificación correcta del 67,2%. Un aumento de un punto en la puntuación de la GDS-15 al inicio del estudio representó un aumento del 29,7% de posibilidades de pertenecer al grupo de respondedores. Finalmente, para el criterio de la CdV, sólo la QOL-AD al inicio del estudio entró en el modelo, lo que explica el 7% de la varianza, con una tasa de clasificación correcta del 65,6%. Un aumento de un punto en la puntuación de la QOL-AD al inicio del estudio representaba un aumento del 9,5% de posibilidades de pertenecer al grupo de no respondedores.

Discusión

Los resultados de nuestro análisis de respondedores de un reciente ensayo clínico aleatorizado so-

bre iTR para pacientes con TNC muestran más respondedores en el GI en comparación con el GC en los cinco criterios de respuesta (cognición, función ejecutiva, memoria, síntomas depresivos y CdV), con diferencias significativas para la cognición y la memoria. En cuanto a la comparación entre los que respondieron y los que no respondieron, en cuanto a la cognición, los que respondieron tenían puntuaciones iniciales más altas en la QOL-AD; los que respondieron a los criterios de función ejecutiva, síntomas depresivos y CdV tenían peores puntuaciones iniciales en esas variables. Los que respondieron al criterio de CdV tenían peores puntuaciones iniciales en la GDS-15. Los análisis de regresión logística para predecir la respuesta a la intervención de iTR fueron significativos para la mayoría de estas variables; sin embargo, su potencial para hacer predicciones válidas es bajo, porque la tasa de clasificación correcta fue inferior al 70% en todos los casos, excepto para la cognición.

En consonancia con hallazgos anteriores [19,20],

Tabla IV. Respuesta a la intervención iTR.

	GC (n = 120)	GI (n = 131)	Delta del porcentaje de encuestados	p (prueba de χ^2 , prueba exacta de Fisher)	ϕ	NNT
Cognición (MMSE)	72 (60)	103 (78,6)	18,6	0,001	0,202	5,4 (5)
Función ejecutiva (FAB)	74 (61,7)	90 (68,7)	7	0,242	0,074	14,3 (14)
Memoria (T@M)	70 (58,3)	99 (75,6)	17,3	0,004	0,184	5,8 (6)
Síntomas depresivos (GDS-15)	47 (39,2)	61 (46,6)	7,4	0,237	0,075	13,5 (14)
Calidad de vida (QOL-AD)	55 (45,8)	73 (55,7)	9,9	0,117	0,099	10,1 (10)

FAB: batería de evaluación frontal; GC: grupo de control; GDS-15: escala de depresión geriátrica-15; GI: grupo de intervención; iTR: terapia de reminiscencia individual; MMSE: *Minimal State Examination*; NNT: número necesario para tratar; QOL-AD: escala de calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer; T@M: test de alteración de memoria.

Tabla V. Comparación de respondedores y no respondedores en el GI para los criterios de respuesta ‘cognición’, ‘función ejecutiva’, ‘memoria’, ‘síntomas depresivos’ y ‘calidad de vida’.

Variables en la línea de base	p para las diferencias de grupo entre los que responden y los que no responden				
	Cognición (MMSE)	Función ejecutiva (FAB)	Memoria (T@M)	Síntomas depresivos (GDS-15)	Calidad de vida (QOL-AD)
Sexo ^a	0,642	0,043	0,66	0,798	0,573
Edad ^b	0,631	0,318	0,454	0,338	0,375
Subtipo etiológico ^a	0,529	0,2	0,177	0,792	0,993
Nivel educativo ^a	0,095	0,067	0,927	0,239	0,884
Tipo de institución ^a	0,713	0,559	0,129	0,993	0,138
Cognición (MMSE) ^b	0,851	0,071	0,379	0,536	0,159
Función ejecutiva (FAB) ^b	0,619	<0,001	0,59	0,921	0,867
Memoria (T@M) ^b	0,585	0,118	0,678	0,807	0,274
Síntomas depresivos (GDS-15) ^b	0,072	0,094	0,491	<0,001	0,013
Calidad de vida (QOL-AD) ^b	<0,001	0,619	0,488	0,262	0,002

^a χ^2 , prueba exacta de Fisher; ^b Prueba t de Student.

FAB: batería de evaluación frontal; GDS-15: escala de depresión geriátrica-15; GI: grupo de intervención; MMSE: *Minimal State Examination*; QOL-AD: escala de calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer; T@M: test de alteración de memoria.

el rendimiento de nuestro grupo de intervención de iTR fue superior al del grupo de control (tratamiento habitual), ya que el porcentaje de respondedores fue mayor en el GI en todos los criterios de respuesta, en consonancia con otros estudios de terapia de reminiscencia positivos [15,16]. El porcentaje de respondedores sólo difirió significativamente para

el MMSE y el T@M, lo que concuerda con los resultados de la misma intervención en adultos mayores con demencia [20] y trastornos psicóticos [39].

En cuanto a la cognición global, el GI mostró un porcentaje significativamente mayor de respondedores y un porcentaje menor de deterioradores pronunciados. Por lo tanto, la intervención de iTR

puede mejorar la cognición global y retrasar el deterioro en los pacientes con TNC. Los autores creen que el potencial de esta iTR se debe a su diseño, inspirado en programas basados en la evidencia, con el beneficio del formato individual que se asocia con mejores resultados [19,20,40,41]. La tasa de respuesta del 78,6% para los criterios de cognición encontrada en este estudio es superior a la tasa de respuesta del 58% comunicada por otros ensayos de terapias no farmacológicas [21] o del tratamiento con inhibidores de la colinesterasa [42]. Así pues, la iTR parece ser más eficaz que otras terapias. Sin embargo, a la hora de interpretar el efecto de la intervención, el GC incluía un 60% de respondedores, lo que podría ser indicativo de factores como los efectos de aprendizaje para la evaluación del punto final o los efectos del tratamiento habitual.

El porcentaje de respuestas para la memoria también favoreció al GI. La mejora de ambos grupos puede deberse a efectos de aprendizaje, aunque el GI mostró una mayor respuesta a la intervención. Estudios anteriores sugieren que el efecto significativo para el T@M se debió a las mejoras en la orientación temporal y la memoria semántica [20], lo que es de esperar, ya que las sesiones de iTR incluyeron la discusión de la orientación temporal y espacial, y utilizaron materiales de reminiscencia que pueden haber estimulado la memoria semántica.

En cuanto a la cognición, ninguna variable difería entre los que respondían y los que no lo hacían, excepto la QOL-AD, con puntuaciones iniciales más altas para los que respondían. En cuanto a la función ejecutiva, es más probable que las personas que respondieron sean mujeres y tengan puntuaciones iniciales más bajas en la FAB. En cuanto a los síntomas depresivos, los que respondieron tenían peores puntuaciones en la GDS-15 al inicio del estudio. Por último, en cuanto a la CdV, los respondedores tenían peores puntuaciones en la QOL-AD y en la GDS-15 al inicio del estudio.

La regresión logística binaria reveló que para la función ejecutiva, los síntomas depresivos y la CdV, los que tenían peores puntuaciones al inicio se beneficiaron más de la intervención de iTR. Estos resultados podrían reflejar efectos techo, lo que, junto con las bajas tasas de clasificación correcta, limita su potencial para hacer predicciones. Los análisis previos de respuesta para una terapia no farmacológica [21] arrojaron resultados similares. Las personas con una mayor CdV tuvieron la mayor mejora en la cognición. Este resultado es difícil de interpretar, ya que los autoinformes de CdV de las personas con TNC no suelen estar relacionados con la función cognitiva [43], aunque pueden reflejar, al

menos parcialmente, los medios personales y el entusiasmo por generalizar la intervención.

Para todos los criterios no hubo diferencias entre los que respondieron y los que no respondieron en el GI en cuanto al nivel educativo y la puntuación inicial del MMSE, lo que sugiere que la intervención de la iTR fue adecuada para todos los niveles de educación y deterioro cognitivo. Dado el nivel educativo relativamente bajo de los adultos mayores portugueses (la tasa de analfabetismo era del 19,5% en el Instituto Nacional de Estadística) [44], la evidencia de los efectos positivos de la iTR para las personas con niveles educativos bajos es especialmente relevante. Además, la iTR parece adecuada para todas las TNC incluidas en nuestra muestra, ya que el diagnóstico clínico no muestra diferencias entre los que responden y los que no responden.

Una revisión reciente señaló mejores resultados de la terapia de reminiscencia para la CdV en pacientes institucionalizados [10], pero, en nuestro estudio, la institución no difiere entre los que responden y los que no responden para los criterios de CdV (o cualquier otro), con las categorías (centro de día/apoyo domiciliario frente a atención a largo plazo) representando a los pacientes que viven en la comunidad y los institucionalizados. Sin embargo, una menor CdV en la línea de base, como suele ser el caso de las personas institucionalizadas con TNC [45], se asoció con una mejora de la CdV. Los síntomas depresivos parecen ser un factor importante, con más síntomas depresivos en la línea de base para los respondedores, según los criterios de síntomas depresivos y de CdV. Dada la alta prevalencia de los síntomas depresivos entre las personas con TNC y la contribución de los síntomas depresivos a la CdV autoevaluada [43], estos resultados destacan la importancia de tratar los síntomas depresivos para mejorar el bienestar y la CdV de las personas con TNC.

Las limitaciones del presente estudio incluyen que el análisis de respuesta presentado no estaba incluido en el protocolo del ensayo prerregistrado (clinicaltrials.gov ID: NCT04047238). Además, tuvimos un acceso limitado a ciertos predictores de la respuesta, como las medidas de gravedad (por ejemplo, *Clinical Dementia Rating*) o el deterioro funcional, los medicamentos y otros tratamientos recibidos. La heterogeneidad diagnóstica de la muestra y la falta de confirmación de biomarcadores también limitan la interpretación de los resultados. Por último, el tiempo limitado de la intervención y la falta de seguimiento pueden haber reducido la capacidad de detectar los efectos de la intervención o los predictores asociados.

Conclusiones

En general, la intervención de iTR mostró altas tasas de respuesta para la cognición y la memoria, comparables con otros tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Las personas con mejor CdV mejoraron en el funcionamiento cognitivo. Las personas con peor función ejecutiva, baja CdV y más síntomas depresivos parecen ser las que más se benefician de la intervención para esos resultados respectivos. La intervención de iTR parece adecuada para todos los niveles de TNC, educación y deterioro cognitivo incluidos en este estudio. Comprender los factores que contribuyen a las respuestas a las intervenciones cognitivas puede ayudar a los profesionales a enfocar los tratamientos hacia estas áreas para preparar mejor a los pacientes para someterse a las intervenciones, así como para evitar frustraciones y desafíos innecesarios a los que pueden ser menos propensos a responder al tratamiento. Como opción añadida entre las terapias no farmacológicas efectivas, la iTR tiene beneficios clínicos, como ser más económica, poder enseñarse e implementarse fácilmente, y no causar efectos secundarios indeseados.

Bibliografía

- Patterson C. The state of the art of dementia research: New frontiers. World Alzheimer's Report. London: Alzheimer's Disease International; 2018.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Birks JS. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 1: CD005593.
- Birks JS, Evans JG. Rivastigmine for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 4: CD001191.
- Wong CW. Pharmacotherapy for dementia: a practical approach to the use of cholinesterase inhibitors and memantine. *Drugs Aging* 2016; 33: 451-60.
- Zucchella C, Sinforiani E, Tamburin S, Federico A, Mantovani E, Bernini S, et al. The multidisciplinary approach to Alzheimer's disease and dementia. A narrative review of non-pharmacological treatment. *Front Neurol* 2018; 9: 1058.
- McDermott O, Charlesworth G, Hogervorst E, Stoner C, Moniz-Cook E, Spector A, et al. Psychosocial interventions for people with dementia: a synthesis of systematic reviews. *Aging Ment Health* 2019; 23: 393-403.
- Woods B, Aguirre E, Spector AE, Orrell M. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 2: CD005562.
- National Institute for Health and Care Excellence. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. 2018. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/resources/dementia-assessment-management-and-support-for-people-living-with-dementia-and-their-carers-pdf-1837760199109>. Fecha última consulta: 12.07.2021.
- Woods B, O'Philbin L, Farrell EM, Spector AE, Orrell M. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 3: CD001120.
- Caddell LS, Clare L. The impact of dementia on self and identity: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 113-26.
- Dempsey L, Murphy K, Cooney A, Casey D, O'Shea E, Devane D, et al. Reminiscence in dementia: a concept analysis. *Dementia* 2014; 13: 176-92.
- González J, Mayordomo T, Torres M, Sales A, Meléndez JC. Reminiscence and dementia: a therapeutic intervention. *Int Psychogeriatr* 2015; 27: 1731-7.
- Lök N, Bademli K, Selçuk-Tosun A. The effect of reminiscence therapy on cognitive functions, depression, and quality of life in Alzheimer patients: randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2019; 34: 47-53.
- O'Philbin L, Woods B, Farrell EM, Spector AE, Orrell M. Reminiscence therapy for dementia: an abridged Cochrane systematic review of the evidence from randomized controlled trials. *Expert Rev Neurother* 2018; 18: 715-27.
- Park K, Lee S, Yang J, Song T, Hong GRS. A systematic review and meta-analysis on the effect of reminiscence therapy for people with dementia. *Int Psychogeriatr* 2019; 31: 1581-97.
- Woods B, Thorgrimsen L, Spector A, Royan L, Orrell M. Improved quality of life and cognitive stimulation therapy in dementia. *Aging Ment Health* 2006; 10: 219-26.
- Justo-Henriques SI, Pérez-Sáez E, Apóstolo JL. Individual intervention protocol based on reminiscence therapy for older people with neurocognitive disorders. *Revista de Enfermagem de Referência* 2020; 5: e20043.
- Justo-Henriques SI, Pérez-Sáez E, Alves Apóstolo JL. Multicentre randomised controlled trial about the effect of individual reminiscence therapy in older adults with neurocognitive disorders. *Int J Geriatr Psychiatry* 2021; 36: 704-12.
- Pérez-Sáez E, Justo-Henriques SI, Alves Apóstolo JL. Multicenter randomized controlled trial of the effects of individual reminiscence therapy on cognition, depression and quality of life: analysis of a sample of older adults with Alzheimer's disease and vascular dementia. *Clin Neuropsychol* 2021; [Epub ahead of print].
- Luttenberger K, Graessel E, Behrnt EM, Oezbe D, Donath C, Scheel JF. Responder analysis of a multicomponent non-pharmacological intervention (MAKS) for people with cognitive impairment in the German day-care study (DeTaMAKS). *Front Psychiatry* 2019; 10: 587.
- Henriques SIJ. Livro do Passado e do Presente [Book of the past and the present]. Mealhada, Portugal: Replicar Socialform; 2018.
- Folstein M, Folstein S, McHugh P. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Psychiatry Res* 1975; 12: 189-98.
- Guerreiro M, Silva AP, Botelho MA, Leitão O, Castro-Caldas A, Garcia C. Adaptação à população portuguesa da tradução do 'Mini Mental State Examination' (MMSE) [Adaptation to the Portuguese population of the translated 'Mini Mental State Examination' (MMSE)]. *Revista Portuguesa de Neurologia* 1994; 1: 9-10.
- Morgado J, Rocha CS, Maruta C, Guerreiro M, Martins IP. Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination [New normative values of Mini-Mental State Examination]. *Sinapse* 2009; 2: 10-6.
- Rami LM, Sanchez-Valle R, Bosch B, Villar BA. Screening for amnesic mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease with Memory Alteration Test in the primary care population. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 294-304.
- Sousa M, Pereira A, Costa R, Rami L. Initial phase of adaptation of Memory Alteration Test (MAT) in a Portuguese sample. *Arch Gerontol Geriatr* 2015; 61: 103-8.
- Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, Pillon B. The FAB: a frontal assessment battery at bedside. *Neurology* 2000; 55: 1621-6.
- Lima CF, Meireles LP, Fonseca R, Castro SL, Garrett C. The frontal assessment battery (FAB) in Parkinson's disease and correlations with formal measures of executive functioning. *J Neurol* 2008; 255: 1756-61.
- Yesavage JA, Sheikh JI. Geriatric Depression Scale (GDS):

- recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986; 5: 165-73.
31. Apóstolo JL, Loureiro LMJ, Carvalho IA, Alves I, Batista DE, Sfetcu R. Contribution to the adaptation of the Geriatric Depression Scale-15 into Portuguese. *Revista de Enfermagem de Referência* 2014; 4: 65-73.
 32. Alves Apóstolo JL, Brobowicz-Campos EM, Reis IAC, Henriques SJ, Correia CAV. Exploring a capacity to screen of the European Portuguese version of the 15-item Geriatric Depression Scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2018; 23: 99-107.
 33. Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. Quality of life in Alzheimer's disease: patient and caregiver reports. *Journal of Mental Health and Aging* 1999; 5: 21-32.
 34. Bárrios H, Verdelho A, Narciso S, Gonçalves-Pereira M, Logsdon R, de Mendonça A. Quality of life in patients with cognitive impairment: validation of the Quality of Life-Alzheimer's Disease scale in Portugal. *Int Psychogeriatr* 2013; 25: 1085-96.
 35. Cohen-Mansfield J, Gruber-Baldini AL, Culpepper WJ, Werner P. Longitudinal changes in cognitive functioning in adult day care participants. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1996; 9: 30-8.
 36. Salmon DP, Thal LJ, Butters N, Heindel WC. Longitudinal evaluation of dementia of the Alzheimer type: a comparison of 3 standardized mental status examinations. *Neurology* 1990; 40: 1225.
 37. National Institute for Health and Clinical Excellence. Final Appraisal Determination. Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease. Review of NICE technology appraisal guidance 111. 2011. <https://www.nice.org.uk/guidance/ta217/documents/alzheimers-disease-donepezil-galantamine-rivastigmine-and-memantine-review-final-appraisal-determination3>. Fecha última consulta: 12.07.2021.
 38. Kwak SG, Kim JH. Central limit theorem: the cornerstone of modern statistics. *Korean J Anesthesiol* 2017; 70: 144-56.
 39. Justo-Henriques S, Marques-Castro A, Pérez-Sáez E, Carvalho J, Sargaço P. Effect of individual cognitive stimulation at home in adults with psychotic disorders. *Psicologia, Saúde & Doenças* 2021; 22: 739-52.
 40. Justo-Henriques SI, Marques-Castro AE, Otero P, Vázquez FL, Torres AJ. Programa de estimulación cognitiva individual de larga duración para personas con trastorno neurocognitivo leve: estudio piloto. *Rev Neurol* 2019; 68: 281-9.
 41. Justo-Henriques SI, Otero P, Torres AJ, Vázquez FL. Efecto de la intervención de estimulación cognitiva individual de larga duración para personas con trastorno neurocognitivo leve. *Rev Neurol* 2021; 73: 121-9.
 42. Droogsma E, van Asselt D, Diekhuis M, Veeger N, van der Hooft C, De Deyn PP. Initial cognitive response to cholinesterase inhibitors and subsequent long-term course in patients with mild Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr* 2015; 27: 1323-33.
 43. O'Shea E, Hopper L, Marques M, Gonçalves-Pereira M, Woods B, Jelley H, et al. A comparison of self and proxy quality of life ratings for people with dementia and their carers: a European prospective cohort study. *Aging Ment Health* 2020; 24: 162-70.
 44. Statistics National Institute. Censos 2011: Resultados definitivos - Portugal. 2012. https://censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=156652017&att_display=n&att_download=y. Fecha última consulta: 12.07.2021.
 45. León-Salas B, Olazarán J, Cruz-Orduña I, Agüera-Ortiz L, Dobato JL, Valentí-Soler M, et al. Quality of life (QoL) in community-dwelling and institutionalized Alzheimer's disease (AD) patients. *Arch Gerontol Geriatr* 2013; 57: 257-62.

Randomized trial of individual reminiscence therapy for older adults with cognitive impairment: a 3-month responder analysis

Introduction. Non-pharmacological intervention options, including individual reminiscence therapy (iRT), have been effective in improving cognitive functioning, mood, and quality of life (QoL) in persons with neurocognitive disorders (NCD).

Objectives. A 13-week randomized trial intervention utilizing iRT was conducted on older adults with NCD. We explored predictors of participants with positive and non-positive intervention responses using responder analysis, an analytic strategy that focuses on contributors to intervention response.

Patients and methods. Re-analysis of a published single-blind, multicentre, randomised controlled trial on 251 older adult residents with NCD from residential facilities across Portugal. Participants received 13 weeks of biweekly iRT (26 sessions) or treatment/programming as usual. Outcomes included global cognition (Minimental State Examination), memory (MAT), executive functioning (FAB), depressive symptoms (GDS-15), and QoL (QoL-AD).

Results. There were more responders in the intervention than the control group on all five criteria, with significant differences for cognition ($p = 0.001$; $\phi = 0.202$; $NNT = 5$) and memory ($p = 0.004$; $\phi = 0.184$; $NNT = 6$). At baseline, intervention responders vs non-responders had: higher QoL-AD scores (30.23 vs 25.57; $p < 0.001$; $d = -0.774$) for cognition; lower FAB scores (1.41 vs -2.12; $p < 0.001$; $d = 0.928$) for executive functioning; higher GDS-15 scores for the depressive symptoms (7.57 vs 4.91; $p < 0.001$; $d = -0.845$), and for QoL (6.81 vs 5.33; $p = 0.013$; $d = -0.443$).

Conclusions. The iRT intervention showed high response rates for cognition and memory. Those with worse executive dysfunction, mood, and QoL, benefitted most from the intervention for those respective outcomes. Therefore, the presented iRT has beneficial effects for people with NCD, with mood and QoL as important influential factors.

Key words. Dementia. Depressive symptoms. Executive function. Memory. Neurocognitive disorders. QoL.